

文章编号:1005-6947(2005)10-0799-02

· 临床报道 ·

# 胃癌急性穿孔 27 例诊治体会

文英

(青海大学附属医院 肿瘤外科, 青海 西宁 810001)

**摘要:**为探讨胃癌穿孔的临床特点以提高其诊疗效果,对 27 例胃癌穿孔患者的治疗采用不同的手术方式:5 例行单纯穿孔修补术;2 例在穿孔修补术后 3 周早期施以二期根治性手术,3 例行穿孔修补和胃空肠吻合术,12 例行姑息性胃大部切除术,4 例行胃癌根治术,1 例行胃造口术。结果显示,本组围手术期死亡 5 例。胃穿孔修补、姑息性胃大部切除和根治性胃切除术患者的生存期分别为 3~8,10~13 和 18~27.2 个月。根据不同的病理分期其不同的术式及多学科综合治疗,是降低病死率提高生存质量的重要因素。

**关键词:**胃肿瘤/并发症;胃穿孔/病因学;急性病

**中图分类号:**R735.2;R656.61 **文献标识码:**B

我院于 1996~2003 年共收治胃癌胃穿孔患者 27 例,占同期胃癌患者的 6.7% (27/402)。本文通过对该 27 例临床资料的回顾性分析,旨在探讨胃癌穿孔的诊治方法,以提高其疗效。

**收稿日期:**2005-03-16; **修订日期:**2005-08-01。

**作者简介:**文英(1955-),女,青海西宁人,青海大学附属医院主任医师,主要从事肿瘤方面的研究。

**通讯作者:**文英 电话:0971-6162395(0)。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组男 21 例,女 6 例。年龄 32~76 岁;中位年龄 55.4 岁。穿孔诱因:饱腹穿孔 6 例,外伤性穿孔 2 例,胃肠钡餐透视时穿孔 3 例,酗酒后穿孔 2 例,无明显诱因 14 例。穿孔距就诊时间最短 1h,最长 38h,以 6~16h 居多。术前合并陈旧性心肌梗死 1 例,糖尿病 1 例,高血压 7 例,慢性阻塞性肺气肿 2 例,陈旧性脑梗死 3 例。

阻的粘连纤维板松解、剥脱、切除,从而解除梗阻,最大限度地恢复肠道的正常状态,改善肠道的生理功能。尽可能去除结核病灶,降低结核复发的可能。

麻醉方式最好用全麻。切口要大。注意切口下常呈冻结状,手术时易损伤肠管。故应从粘连轻、粘连空隙间紧贴腹膜分离。入腹后细辨肠管,试探性地找到纤维板与肠管浆膜层之间的疏松层,边剥脱边切除纤维板,分离粘连;在分离过程中逐渐解除压迫和梗阻,舒展肠管。尽可能切除纤维板,去掉腹腔内结核病灶(包裹性积液,干酪样坏死组织,肠系膜淋巴结结核,呈盔甲状紧缩在肠管表面的大网膜组织)。松解小肠近侧端至 Treitz 韧带,远端至回盲部。行肠管顺行减压时若见结肠真正隆起,说明梗阻解除。再将全部小肠暴露于切口外,用紫外线照射 10min<sup>[3]</sup>。为防止术后粘连再梗阻,尽可能行肠 Chilas phillips 系膜排列术,使不能控制的粘连变成可控制粘连。对无法分离粘连或有肠结核、肠坏死、肠穿孔的肠管可行部分切除(但注意肠断端血供要好)。术中如有肠浆肌层损伤可缝合修补。然后腹腔冲洗,腹腔胶管引流。一项英国研究表明,外科手术结束时,用晶体液灌入腹腔,可预防粘连性肠梗阻,最常用为生理盐水<sup>[4]</sup>。术中剥离面广,时间长,

应边剥边用热盐水纱布热敷止血,适当输血、补液防止低血容量性休克。术后常规用新斯的明足三里注射,以促进肠蠕动。肠管在形成顽固性粘连之前恢复自然状态而蠕动而保持畅通,可避免因肠膨胀所致的屈折压迫,从而减少术后肠梗阻的发生<sup>[5]</sup>。术后继续全程抗结核药物治疗,量要足,以防止复发。术后 1 年内避免暴饮暴食、受寒或进食过敏性食物,以减少肠蠕动紊乱的因素<sup>[5]</sup>。

## 参考文献:

- [1] 余云. 纤维板剥脱术治疗粘连型结核性腹膜炎[J]. 实用外科杂志,1982,2(5):741-742.
- [2] 钱礼. 腹部外科学[M]. 第2版,上海:上海科学出版社,1984.431-433.
- [3] 温奎忠. 结核性腹膜炎 276 例临床分析[J]. 中华结核和呼吸系统杂志,1982,5(6):348-349.
- [4] Scott CDM, Thompson JN, Vipond MN, et al. General surgeon's attitudes to the treatment and prevention of abdominal adhesions [J]. Ann R Coll Surg Engl, 1993, 75(3):123-125.
- [5] 张金哲. 粘连性肠梗阻的发病机制[J]. 武汉医学杂志小儿外科附刊,1964,1(1):8-10.

## 1.2 术中所见及手术方式

术中见癌肿最大  $6\text{ cm} \times 5\text{ cm} \times 5\text{ cm}$ , 最小  $3\text{ cm} \times 5\text{ cm} \times 2\text{ cm}$ 。穿孔部位:胃小弯13例,胃大弯9例,胃窦部5例。肝转移3例,胰腺转移3例,横结肠浸润5例,广泛性腹腔转移2例。穿孔直径(平均  $3.2 \pm 0.5$ ) cm。手术方式:术中采取肝动脉插管化疗,腹腔置一次性埋置式透药器,术后进行腹腔内灌注化疗,单纯穿孔修补术5例,穿孔修补术后3周早期施行二期根治性手术2例;穿孔修补加胃空肠吻合术3例;姑息性胃大部切除术12例;胃癌根治术4例;胃造口1例。术后均进行辅助综合性治疗。

## 2 结果

### 2.1 术后病理

溃疡型占81.5%(22/27)。病理分型低分化腺癌9例,未分化型腺癌14例,两者共占85.2%(23/27);黏液癌4例(14.9%)。

### 2.2 治疗结果

术后并发肺炎2例,腹腔感染7例,消化道出血3例,返流性食管炎7例。本组围手术死亡5例。2例术后3d死于感染性休克并发多脏器衰竭,2例死于吻合口瘘重症腹膜炎。1例胃造口患者于术后28d死亡。病死率为18.5%。

### 2.3 随访

术后存活半年3例,1年4例,3年5例,5年2例。2例术后2年再发结肠癌行结肠癌根治术存活至今;1例术后3年出现癌肿转移阻塞性黄疸行胆囊造口引流,二次术后3个月死亡。5例为近期手术尚在随访中。穿孔修补、胃大部切除和根治性切除手术后平均生存期分别为3~8个月、10~13个月和18~27.2个月。

## 3 讨论

胃癌穿孔是胃癌发展的结果。患病率约占急腹症的1%<sup>[1]</sup>。本组患者术前诊断11例,其中3例术前钡餐透视疑为胃癌,8例年龄>60岁,有恶液质或重度贫血表现诊断胃癌;其余16例术前均未能诊断。通过临床实践总结,笔者认为在术前对具下列情况病人考虑胃癌急性穿孔:(1)胃溃疡病史长,体重明显减轻。(2)穿孔前一般情况差有消瘦、贫血、纳差、上腹胀闷不适和/有消化道出血。(3)腹穿液呈血性或咖啡色,镜检有癌细胞。(4)本组术中发现胃癌穿孔有以下征象:穿孔后腹腔积液呈咖啡色或血性,胃周围淋巴结肿大及邻近脏器有转移灶;穿孔大多数直径在2.0cm以上;肿块大;穿孔部位除在幽门窦部外尚在胃底贲门及胃体可见。可疑病例在病灶多处取材,术中活检行病理检查对于确诊是必要的<sup>[2]</sup>。

胃癌穿孔是晚期胃癌的严重并发症。患者年龄偏大、一般情况差、溃疡及穿孔直径大,病理恶性程度高<sup>[3]</sup>等是其特点。原则上诊断确立后应即手术,以抢救生命为关键。处理上根据情况选择手术方式,术后辅以综合治疗。常见的术式

有:(1)单纯穿孔修补术,适用于穿孔时间较长,组织水肿严重,年龄大,一般情况差,无法耐受一期胃切除手术或癌肿广泛转移而不能切除者。(2)姑息性胃大部切除术,适用于穿孔时间短,组织水肿较轻,一般情况尚好能耐受胃切除手术,(3)胃造口术,适用于癌肿广泛转移不能切除,且穿孔灶难以修补或估计修补后有梗阻、出血、破裂的可能。(4)根治性胃切除术,适用于肿块局限,无广泛转移或仅有局限转移,组织水肿较轻,一般情况尚好能耐受手术者的。对于修补后可能发生梗阻或已有梗阻的可同时进行胃空肠吻合术。二期根治性手术应根据患者情况在穿孔修补术后3周左右施行。

胃癌穿孔按TNM分期以III,IV期多见,因而姑息性胃大部切除术仍有重要作用。有利于提高术后化疗及生物治疗等综合治疗的效果并延长生存期。经临床体现50%患者均可提高生活质量,延长生存率(5年生存率)。因此,对于本组中不符合根治性胃切除条件,而患者一般情况和原发肿瘤局部条件许可者,尽量行姑息性胃切除术。Gertsch等<sup>[4]</sup>认为根治性胃切除术后胃癌穿孔患者生存期与择期手术者无差别,但应严格掌握适应证。通过临床观察患者认为,胃切除并进行淋巴结清扫可取得较好的近期疗效,行根治性手术的胃癌穿孔患者术后生存期明显长于姑息性手术的胃癌穿孔者。因此,对就诊及时,全身状况较好,术中见癌肿以及周围情况属可切除者,主张施行根治性切除术。

胃癌穿孔癌残留是直接影响生存期的重要因素,对其处理十分重要。胃癌细胞穿透胃壁后在腹腔易发生种植及术中血行转移。转移灶的清扫难度较大,二期手术有潜在性癌转移的可能。本组术中予5-氟尿嘧啶(5-FU)500mg静脉滴注,手术严格遵守无瘤操作。术中探查后即缝合穿孔灶,及时用温蒸馏水冲洗腹腔并在胃癌组织周围涂上FT-H胶,防止癌细胞脱落,尽可能地清扫癌组织转移灶。对于无法切除胃癌肿块的患者给予胃动脉插管,关腹前予温蒸馏水及5-FU液浸泡。术后早期开始化疗,并采用腹腔内插管灌注。手术前后合理应用抗生素和胃肠外高营养。应用高营养治疗补足热量能使患者负氮平衡减轻甚至恢复到正氮平衡,减少术后并发症,利于早期开始化疗。选择合理的治疗方案,减少并发症是延长患者术后生存期和降低病死率的关键。

### 参考文献:

- [1] Adachi Y, Mori M, Maehara T, *et al.* Surgical results of perforated gastric carcinoma [J]. *Am J Gastroenterol*, 1997, 92(3): 516-517.
- [2] 陈峻青. 胃癌穿孔的病理及诊治 [J]. *实用外科杂志*, 1999, 2(2): 63-64.
- [3] 姚有贵. 胃癌急性穿孔的诊断和处理 [J]. *实用癌症杂志*, 2001, 1(1): 34-35.
- [4] Gertsch P, Chow LW, Yuen ST, *et al.* Long-term survival after gastrectomy for advanced bleeding or perforated gastric carcinoma [J]. *Eur J Surg*, 2003, 162(9): 723-726.